FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1913

THÈSE

N° 266

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Jacques WEIDENBAOUM

Né à Grodno (Russie), le 11 mars 1887

SUR

La Guérison de l'Endocardite INFECTIEUSE

Président : GILBERT, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VIe)

1913

266

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1913 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Jacques WEIDENBAOUM

Né à Grodno (Russie), le 11 mars 1887

SUR

La Guérison de l'Endocardite INFECTIEUSE

Président : GILBERT, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VIe)

1913

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS N.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
BALTHAZARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BERNARD	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRANCA	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BRINDEAU	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BROCA (A.)	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CAMUS	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CARNOT	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CHEVASSU	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
CLAUDE	LECENE	OMBREDANNE	
COUVELAIRE	LENORMANT	PROUST	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Faible témoignage de ma profonde et respectueuse affection et de ma plus vive reconnaissance.

A MON FRÈRE

A MA SŒUR

A LA MÉMOIRE DE MA CHÈRE SŒUR

A MON EXCELLENT MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT

Membre de l'Académie de Médecine

Professeur de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin de l'Hôtel-Dieu

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT

Professeur de Clinique médicale
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Hôtel-Dieu

MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

Professeur de Clinique infantile
Membre de l'Académie de Médecine

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Professeur de Clinique obstétricale
Membre de l'Académie de Médecine

MONSIEUR LE PROFESSEUR DELBET

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine

A LA MÉMOIRE DE MON CHER MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DIEULAFOY

Professeur de Clinique médicale
Médecin de l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de Médecine
(stage de 1909)

SUR

La Guérison de l'Endocardite

INFECTIEUSE

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

L'endocardite infectieuse, appelée encore en raison de ses caractères cliniques, maligne, infectante, se caractérise non seulement par sa réaction endocardique très intense, mais surtout par ses phénomènes généraux. Elle se présente comme une infection maligne dont l'agent pathogène est presque toujours un agent microbien qui possède une virulence exaltée et qui se développe sur un terrain très affaibli, offrant peu de résistance à l'infection.

L'endocardite infectieuse donne lieu à une infection presque toujours mortelle. Et cette maladie qui a un début insidieux et latent se révèle brusquement soit par les caractères de la fièvre, soit par la prostration générale, rappelant la fièvre typhoïde, soit par une infection putride ou purulente indépendante de tout traumatisme.

On peut alors, comme le font les classiques,

reconnaître à l'endocardite infectieuse deux formes : une forme typhoïde et une forme pyémique.

La mort est plus rapide, dit Jaccoud dans sa *Pathologie interne* (t. II, p. 132), dans la forme pyémique que dans la typhoïde.

Dans la première, il est rare que la vie se prolonge au delà de huit à dix jours ; dans la seconde, elle peut persister durant trois ou quatre semaines avec une série de rémissions et d'aggravations ; Friedreich a même vu un malade qui n'a succombé que dans la septième semaine.

Dans notre thèse de doctorat nous nous sommes proposé pour but de rassembler tous les cas de guérison d'endocardite infectieuse. Cette idée nous a été inspirée par notre cher maître M. le professeur Gilbert, qui a bien voulu nous faire l'honneur d'être le président de notre thèse et à qui nous estimons devoir apporter nos remerciements respectueux.

L'endocardite infectieuse, que Senhouse Kirkes en 1852 le premier a compris et individualisé, est une maladie sévère et généralement fatale, mais la mort n'arrive pas toujours.

C'est le premier, M. le professeur Jaccoud dans ses leçons de Clinique médicale faites à l'hôpital de la Pitié 1885-1886, présente deux observations terminées par la guérison. Une où la fièvre est intermittente, l'autre où la maladie procède par poussées aiguës pendant lesquelles la fièvre est continue ou intermittente.

Après, Rothmünd (1) en 1889 présente deux observations à début insidieux et à marche lente dans lesquelles la mort n'est pas survenue et qui se terminent par guérison.

---

1. Rothmünd, th. de Zurich, 1889.

Dimoff (1) en 1892 présente aussi une observation d'endocardite infectieuse à forme apyrétique de longue durée qui a une heureuse terminaison.

Mlle Gorwitz dans sa thèse de doctorat en 1894 présente un cas d'endocardite infectieuse qui, pense-t-elle, est propre aux enfants, et qui présente une marche atténuée et insidieuse, avec fièvre ne dépassant pas 39 degrés, sans aucun caractère spécial.

Ce cas ressemble beaucoup aux observations de M. Rothmünd.

Enfin notre observation personnelle montre bien que la guérison peut survenir aussi dans l'endocardite infectieuse à forme typhoïde où la fièvre est hyperthermique.

OBSERVATION I (Personnelle)

(Prise dans le service du professeur Gilbert.)

M. Martin R..., âgé de dix-neuf ans, employé de commerce, entre à l'hôpital Hôtel-Dieu, salle Saint-Christophe, le 11 novembre 1912, parce qu'il se sent fatigué et ne peut plus travailler.

Père mort de cause inconnue.

Mère vivante et bien portante.

---

1. Dimoff, *Endocardite infectieuse apyrétique*, thèse de Montpellier, 1892-1893.

Deux frères bien portants.

N'a jamais été malade jusqu'à l'an dernier. Au mois de janvier 1912, alors qu'il était au régiment, il a pris froid après une manœuvre, puis il s'est mis à tousser, il a eu une angine, n'a jamais craché du sang. Après un séjour de deux mois à l'hôpital militaire de Rennes et un congé de convalescence de trois mois, il rentre au régiment ; mais il ne fit plus aucun exercice, aucune manœuvre, il tousse continuellement, se sent très fatigué. On lui propose de le réformer.

Le 4 octobre dernier il était réformé pour bronchite. Il vient à Paris où il habite depuis six semaines. Il travaille dans une maison de commerce, mais depuis son retour du régiment il tousse toujours, surtout par quintes et n'expectore pas. Il n'a pas maigri, dit-il, et n'a pas de sueurs nocturnes ; certains jours cependant il dit avoir chaud et se sentir mal à l'aise ; il semble donc à ce moment avoir quelques élévations thermiques.

La maladie actuelle débute le 3 novembre. La veille il s'était couché assez bien portant : la nuit ne fut pas très bonne ; il ne pouvait pas dormir. Le lendemain il s'est levé avec un violent mal de tête ; il ne pouvait pas manger à midi, et deux heures après il dut se recoucher (il avait essayé de prendre quelque nourriture, mais sans aucun appétit).

Il n'a pas eu d'épistaxis, pas de vertiges, pas de bourdonnements d'oreille, pas de constipation. Il a travaillé du reste toute la semaine, mais il n'était pas en train, ça n'allait pas, le soir il était terrassé, avait hâte de se coucher. Il avait consulté à l'Hôtel-Dieu et il entre à l'hôpital.

C'est un adulte ne paraissant pas très amaigri. Il a une lègère teinte subictérique de la face et de la rougeur du visage : il paraît fatigué, dit n'avoir pas de force ; il se plaint d'une céphalée frontale violente, il n'a pas dormi la nuit. Il présente aussi un léger subictère de la face palmaire et plantaire.

Lorsqu'on découvre le malade, on remarque sur le thorax des éléments acnéiques et au niveau de l'appendice xyphoïde et de l'hypochondre droit deux petits éléments qu'on prit d'abord pour des taches *rosées lenticulaires;* mais ces éléments sont papuleux et ne disparaissent pas par la pression ; ces deux caractères ainsi que leur siège anormal (ils ne sont pas dans les flancs mais plutôt sur le thorax) leur petit nombre fait penser qu'il s'agit d'acné.

Examen de l'abdomen. — Il est souple et dans la fosse iliaque on ne provoque de gargouillement que par une pression forte. Pas de douleur.

Rate. — Elle est percutable sur une étendue de 6 à 7 centimètres et dans les fortes inspirations on sent son pôle inférieur.

Foie. — Il déborde de deux travers de doigts le rebord costal.

Appareil digestif. — Le malade n'a pas d'appétit. La langue est saburrale au centre, rouge sur le bord. Pas de diarrhée, pas de constipation.

Appareil pulmonaire. — Le malade tousse depuis le mois de janvier, c'est une toux quinteuse ne s'accompagnant pas d'expectoration. Jamais de crachement de sang.

Poumon gauche. — En avant. Les vibrations sont exagérées au sommet, submatité. Inspiration rude, expiration

prolongée, pas de râles en arrière : les vibrations sont diminuées au sommet, matité au sommet ; on perçoit dans la osse sus-épineuse le murmure vésiculaire, ainsi que desé râles crépitants fins secs.

Poumon droit. — Rien.

Appareil circulatoire. — Pouls bat à 72-76, égal, régulier, bien frappé, *pas de dicrotisme* Rien aux vaisseaux du cou. La pointe bat dans le quatrième espace, premier bruit sourd, prolongé, deuxième bruit bien claqué.

Appareil urinaire. — Urines diminuées de quantité : sans sucre, ni albumine, ni indican.

Sang. — L'examen du sang donne :

Numération et équilibre leucocytaire :

Globules rouges	3.500.000
Globules blancs	20.000
Hémoglobine	80 o/o

Formes leucocytaires. Pourcentage :

		Normalement
Macrophages et grands mono..	20	1 à 2 o/o
Moyens mono	15	10 o/o
Lymphocytes	10	20 o/o
Polynucléaires neutrophyles...	50	66 à 68 o/o

Cholémimétrie : sang laqué.

15 novembre. — Le malade a eu une épistaxis la nuit et une céphalée qui a empêché tout sommeil. Le matin la température est à 38°6. Pouls à 76, irrégulier, mais le soir la température monte à 40°7. Le malade est abattu.

Cœur. — Les bruits sont très sourds et surtout le premier bruit. Arythmie.

16 novembre. — Le malade se plaint de douleurs à la région précordiale. Pouls bat à 60 degrés, irrégulier. Tension au Potain : 10,11. Glace sur le cœur. Électrargol.

On fait un examen des crachats. Recherche des bacilles de Koch. Il est négatif. On fait aussi le séro-diagnostic qui est négatif au 10e.

17 novembre. — Épistaxis. Pouls 72. Cœur, même état. Douleur précordiale. Bruits sourds.

19 novembre. — Pouls 88, égal, irrégulier, petit.

Cœur. — A la base souffle systolique se propageant vers l'appendice xyphoïde. A la pointe : premier bruit sourd.

24 novembre. — Douleur précordiale est complètement disparue. Le souffle systolique à la pointe se propage légèrement vers l'aisselle.

29 novembre. — Plus de douleurs précordiales. L'auscultation est la même. On cesse la glace et on alimente le malade.

9 novembre. — Pouls 84. Régulier, petit. Le souffle de la base est net, celui de la pointe, au contraire, se précise.

26 décembre. — L'état général est très bon. Le malade a bon appétit, pas de constipation, pas de diarrhée. La température a tendance à baisser. Le malade ne ressent plus de douleurs à la région précordiale sauf cependant quand il fait un mouvement trop brusque. Pouls bat à 100, égal, régulier, petit. La pointe du cœur bat dans le quatrième espace sous le mamelon. Pas de frémissement. La percussion du cœur est douloureuse. Pas d'augmentation de la matité. A la base : les bruits sont sourds. A la pointe : les bruits sont également sourds

et on entend un souffle systolique sourd qui ne couvre pas la systole et se propage vers l'aisselle.

Appareil pulmonaire. — Poumon gauche : en avant : Submatité, vibrations augmentées au sommet, inspiration rude, expiration prolongée. Pas de râles. En arrière : râles dans la fosse sus-épineuse.

28 décembre. — Séro-diagnostic positif au 10e, négatif au 20e.

31 décembre. — Séro-diagnostic négatif au 10e.

6 janvier. — Le malade est beaucoup amélioré.

17 janvier 1913. — Le malade sort de l'hôpital.

Réflexions. — En lisant cette observation on ne peut nier que la maladie des premiers jours revêt un aspect typhique. La maladie débute insidieusement du 4 octobre au 15 novembre par les signes prodromiques suivants : quelques élévations thermiques, de la faiblesse générale, des céphalées, insomnie, anorexie, manque d'entrain, langue saburrale. Tout constitue un ensemble qui peut plaider en faveur d'une fièvre typhoïde.

De plus la courbe thermique nous montre que la fièvre se tient tout le temps du 15 novembre jusqu'au 2 décembre aux environs de 39°5, après, elle présente du 2 au 13 décembre un stade amphybole comme dans la fièvre typhoïde puis elle descend régulièrement jusqu'à 37 degrés. En même temps la courbe des urines suit le chemin inverse, de sorte que les deux courbes en se rencontrant forment un ciseau.

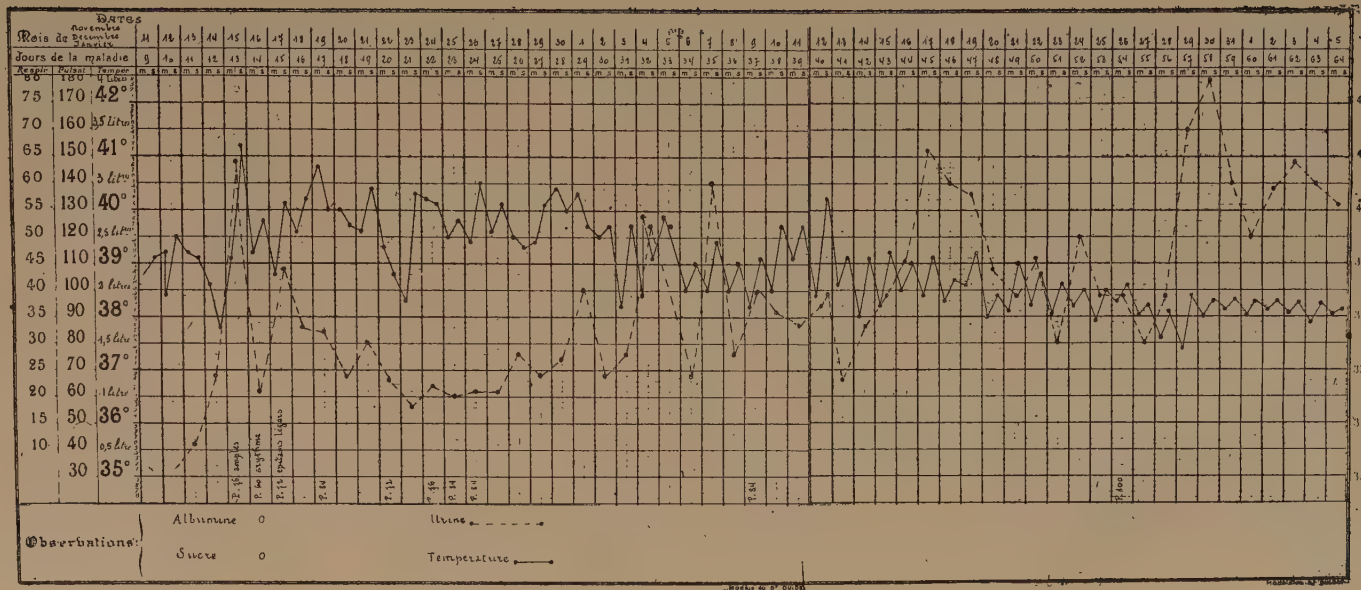
Mais, sans qu'il fut possible d'en expliquer la

cause, la fièvre présente deux chutes brusques : la première le 14 et la seconde le 23 novembre ; cela ne se voit pas ordinairement dans la fièvre typhoïde. En outre, l'absence de taches rosées lenticulaires vraies, de signes abdominaux et surtout le séro-diagnostic négatif, trois fois successivement : une fois le 16 novembre et les deux autres fois vers la fin de la maladie, nous montre qu'il s'agit d'un état typhique plutôt que de fièvre typhoïde vraie.

Et alors l'apparition de souffles cardiaques, de douleurs précordiales nous fait penser à une endocardite à forme maligne et infectieuse, parce qu'une endocardite simple ne s'accompagne jamais à son début d'un état général aussi grave, la fièvre n'est jamais hyperthermique, les douleurs précordiales ne sont jamais si intenses et les souffles ne se propagent jamais si rapidement d'un orifice à l'autre.

Après avoir discuté notre diagnostic, nous remarquons que cette endocardite infectieuse est apparue après une longue période prodromique et s'est développée sur un endocarde jusque-là intact et y a créé une double lésion : insuffisance mitrale et insuffisance aortique.

Et cette endocardite infectieuse, malgré sa réputation de haute gravité, s'est terminée par la guérison et cette heureuse terminaison s'est caractérisée par la cessation définitive de la fièvre et une abondante diurèse.


Dates
Mois de Novembre Décembre Janvier
jours de la maladie
Respir. Pulsat. Temper.
Observations:
Albumine 0
Sucre 0
Urine
Température

OBSERVATION II

(Jaccoud, *Leçons de Clinique médicale faites à l'hôpital de la Pitié*, 1885-1886)

(En abrégé.)

Une jeune femme de vingt-cinq ans entre dans la salle Laënnec le 5 septembre 1885.

Cette femme, à l'âge de huit ans, a eu une première attaque de rhumatisme articulaire aigu. La guérison était complète.

A douze ans, seconde attaque de rhumatisme. Guérison complète.

A vingt-cinq ans, au mois d'avril (1885), la malade est prise d'une troisième atteinte de rhumatisme articulaire aigu avec un purpura abondant, et quand la malade quitte le service guérie de son rhumatisme et de son purpura, elle présente une faiblesse notable du membre supérieur droit.

La guérison est de courte durée, et cette femme fait un autre séjour dans notre service pour une quatrième attaque de rhumatisme qui se complique à nouveau de purpura.

A son entrée, on trouve une grave lésion du cœur : hypertrophie du cœur gauche, une insuffisance mitrale, avec rétrécissement et une insuffisance de l'orifice aortique. Ce n'est pas tout : la percussion démontre une dilatation notable et régulière de l'aorte ascendante ; cette ectasie est le signe indubitable d'une aortite ; l'inflammation intra-cardiaque provoquée par le rhumatisme a dépassé les limites de l'endocarde, et elle a intéressé tout le segment initial de l'aorte, au moins jusqu'à la naissance du tronc brachio-céphalique.

Les artères carotides et sous-clavières sont le siège de battements exagérés ; ce phénomène, comme vous le savez, est un effetrégulier de l'insuffisance aortique.

Voilà pour l'état du cœur. En outre, nous avons trouvé que son bras droit présente un affaiblissement notable dû à une oblitération de l'humérale à sa partie supérieure.

La malade a quitté l'hôpital vers la fin de juin, guérie encore cette fois de son rhumatisme et de son purpura, avec son cœur et son bras dans l'état que je viens de vous dire.

Elle nous est revenue, le 7 septembre dernier, avec une aphasie et une hémiplégie droite complètes. Ces accidents nouveaux datent de deux jours ; ils se sont produits brusquement, sans perte de connaissance, le 5 septembre, à la suite d'un violent accès de colère. On retrouve la lésion cardio-aortique avec l'oblitération de l'artère humérale.

Le troisième jour de son entrée, cette femme avait de la fièvre 38°8 ; d'abord mal déterminée, cette fièvre fut expliquée le surlendemain par le développement d'un pemphigus généralisé. Une éruption de ce genre est liée d'ordinaire à une profonde détérioration organique. Ce pemphigus a déterminé un état général assez sérieux, et il a entretenu la fièvre durant un septénaire entier ; la fièvre a pris fin le 14 septembre.

L'amélioration de l'état général a été assez marquée. Mais après seize jours d'apyrexie, apparaît soudainement, le 30 septembre, la deuxième période fébrile qui a pendant bien des jours menacé la vie de la malade. Ce jour-là, la température du matin sans être marquée est plus élevée que celle des jours précédents, elle est de 37°4, le soir elle atteint 38°6 ; cette nouvelle fièvre dure pendant vingt et un jours, jus-

qu'au 20 octobre. A quelques exceptions près qui se sont présentées le 1er, le 4, le 17 et le 18 octobre, cette fièvre a été purement vespérale, la température du soir variant entre 38 degrés et 39°4, atteignant le plus souvent 38°8 ou 39 degrés.

L'établissement de cette fièvre a été marqué par des frissons répétés, qui se sont reproduits plusieurs fois durant son cours; l'état général de la malade a été sérieusement altéré, et dès les premiers jours, la langue était sèche, et l'aspect typhoïde.

Cependant il n'y avait aucun symptôme abdominal, et l'examen organique ne montrait ni bronchite, ni phlegmasie viscérale, à laquelle la fièvre pût être imputée; il ne révélait qu'une seule particularité, à savoir *le renforcement notable des bruits anormaux du cœur.*

Cet épisode fébrile doit être attribué à une poussée aiguë sur l'endocarde déjà profondément altéré, et cette poussée d'endocardite est de mauvaise nature; elle est démontrée infectieuse par l'examen et la culture du sang.

20 octobre. — La fièvre a pris fin, la poussée nouvelle sur l'endocarde était à son terme, et l'apyrexie a persisté jusqu'à ce moment, c'est-à-dire pendant vingt-huit jours. La malade est définitivement guérie de cette affection intercurrente; elle a recouvré l'état général satisfaisant qu'elle présentait avant cette complication (c'est-à-dire la situation de cette femme était alors précisément ce qu'elle était au mois de septembre; elle avait son aphasie et son hémiplegie, elle avait sa lésion aortique et mitrale, et son artère humérale oblitérée).

Depuis, cet état a toujours été s'améliorant, il n'y a pas eu

un instant de fièvre, les fonctions digestives étaient parfaites, et la malade a repris de l'embonpoint.

Réflexions. — Cette observation nous montre que l'endocardite, greffée sur l'organisme affaibli par le pemphigus fébrile qui dure du 9 au 18 septembre, prend une forme aiguë, qui a le caractère infectieux parfaitement accusé : elle entretient pendant vingt et un jours un état typhoïde des plus graves, sans aucun accident embolique. Et cette endocardite infectieuse n'est accompagnée ni d'une fièvre hyperthermique, ni d'une fièvre continue, mais d'une fièvre intermittente.

Et après trois semaines de lutte, la malade triomphe de cette atteinte ; plus de fièvre, plus de phénomènes généraux.

OBSERVATION III

(Jaccoud, *Leçons de Clinique médicale faites à l'hôpital de la Pitié*, 1885-1886.)

(En abrégé.)

Une jeune femme de vingt ans entre dans la salle Laënnec le 21 octobre dernier, voici dans quelles conditions : le 30 septembre dernier, étant enceinte de quatre mois, elle reçut un coup dans le ventre en montant une malle sur un escalier. Elle n'éprouva aucun symptôme immédiat à la suite de cet accident, mais deux jours plus tard, elle fut prise

de douleurs abdominales et lombaires, de vomissements répétés, et le lendemain, 3 octobre, elle se présenta à la maternité, où elle fut reçue en raison de cette menace de fausse couche. Les symptômes douloureux et les vomissements persistaient, mais il n'y avait pas de perte de sang ; on constata que l'urine était fortement albumineuse. Cette femme avait-elle de la fièvre à ce moment-là ? Je ne puis vous le dire ; ce qui est certain, ce n'est seulement que cinq ou six jours après son entrée à la maternité qu'on commença à prendre sa température ; elle était élevée, et la malade nous affirme qu'elle a plusieurs fois atteint, le soir, 40 degrés.

Tandis que cette phase fébrile se développe et s'établit, les symptômes locaux s'amendent progressivement ; les douleurs abdominales et lombaires cessent, les vomissements prennent fin, aucun écoulement de sang n'est survenu, il n'y a plus lieu de craindre une fausse couche. Pour plus de précautions on garde encore cette femme à la maternité pendant quelques jours ; on constate pendant ce temps que son état général s'altère, que la fièvre persiste, et, pour ces raisons, on l'envoie le 21 octobre à l'hôpital de la Pitié.

A son arrivée, cette malade nous fait le récit que vous venez d'entendre, et nous constatons la persistance de la fièvre ; le 21, au soir, le thermomètre marque 38°9, le lendemain matin 38 degrés, le lendemain soir 39°5.

Il n'est plus question de douleurs, ni de vomissements ; ce qui frappe, c'est l'aspect de la malade ; elle est d'une pâleur absolue qui implique une anémie voisine de la cachexie ; les traits expriment un abattement profond, le facies est typhoïde, la langue est sèche et rouge ; du reste pas de diarrhée, pas de météorisme, pas de gonflement notable de la

rate ; l'urine, rare et foncée, renferme un peu d'albumine ; le pouls est petit, fréquent à 108-112.

Que devons-nous penser de cet état ? L'aspect de la malade, la sécheresse et la rougeur de sa langue pouvaient éveiller l'idée d'une fièvre typhoïde ; mais en tenant compte de la date à laquelle la fièvre a été reconnue à la maternité, cette pyrexie serait aujourd'hui à la fin du troisième septénaire, et nous observerions certainement des symptômes céphaliques et abdominaux plus ou moins accusés ; or, ils font complètement défaut.

L'appareil respiratoire est intact, mais l'examen du cœur révèle les altérations que voici : à la pointe, un souffle systolique fort et prolongé ; à la base, un bruit de galop, et des frottements péricardiques, qui présentent leur intensité maximum dans la partie interne du deuxième et du troisième espace intercostal du côté gauche.

Ce large foyer de frottements démontre, à n'en pas douter, une péricardite, et par suite le souffle doit être rationnellement imputé à une endocardite mitrale concomitante.

Cette endopéricardite est-elle ancienne ? est-elle récente ? question majeure qui se présente dans un grand nombre de cas. Or, cette femme n'a éprouvé aucune des maladies qui, à un titre quelconque, exposent à l'endocardite ; d'autre part, le timbre des frottements indique des exsudats encore récents ; conséquemment, j'admets une endocardite mitrale avec foyer de péricardite sèche, et comme je ne trouve aucune autre altération organique, je rattache à cette endocardite la fièvre et le mauvais état général.

L'examen des jours suivants confirme ce diagnostic, car il montre que les frottements deviennent plus forts, que le

souffle de la pointe persiste, et qu'il s'y ajoute un autre souffle également systolique, localisé au foyer aortique dans la partie interne du deuxième espace intercostal droit.

Au surplus, le surlendemain de l'entrée de la malade, le thermomètre démontrait que cette endocardite est de mauvaise nature ; la température est de 40 degrés le soir, de 39 degrés le matin, et pourtant il n'y a pas d'autre cause de fièvre que l'endocardite ; lorsque les choses se présentent ainsi, une pareille hyperthermie est une marque suffisante du caractère infectieux de la maladie.

27 octobre. — Le septième jour après l'entrée, nous avons eu une fausse défervescence, qui a fait tomber le thermomètre à 36°6. Le soir, par une de ces oscillations fréquentes après les grands abaissements thermiques, la température est remontée à 38°4 ; mais, le lendemain, elle est à 36 degrés le matin, 36°8 le soir.

L'état général de la malade est meilleur ; les phénomènes cardiaques persistent sans changement ; le 30, au matin, la température est encore de 36°8 : mais le soir, après deux jours et demi d'apyrexie, la fièvre reprend, le thermomètre marque 38 degrés.

Cette reprise dure cinq jours avec des températures vespérales de 39°4 à 40 degrés, et des températures matinales de 38 degrés à 39°2. L'état général devient de nouveau inquiétant, l'état du cœur reste le même. Le sixième jour, au matin, le 4 novembre, nouvelle défervescence qui fait tomber la température de 39°6 à 36 degrés.

A la suite, trois jours d'apyrexie et de bien-être ; le soir du quatrième jour, 7 novembre, nouvelle poussée de cinq jours de durée ; mais cette fois la fièvre est seulement vespérale,

oscillant entre 38°8 et 39°8; au matin du sixième jour, 12 novembre, défervescence lorsque, comme les précédentes, le thermomètre baisse de 39°8 à 36 degrés. Dès lors, l'apyrexie s'est maintenue, il n'y a pas eu de nouvelle poussée, et comme douze jours se sont écoulés déjà depuis ce moment, nous avons le droit d'espérer que la guérison pour cette fois sera définitive. Cependant, je ne puis rien affirmer, d'une part, en raison de la marche irrégulière et paroxystique de cette affection; d'autre part, en raison des conditions particulières de la malade, conditions dont l'influence fâcheuse sur l'organisme doit s'accentuer de plus en plus pendant quelques mois encore.

Depuis le 12 novembre, l'état de la malade s'est grandement amélioré, elle a recouvré l'appétit, il n'y a plus que des traces impondérables d'albumine dans l'urine, nous nous en sommes assuré à plusieurs reprises, et ce matin encore, que tous ces incidents n'ont eu aucune influence fâcheuse sur le fœtus; ses mouvements ont une grande vivacité, les battements du cœur sont nettement perceptibles avec leurs caractères normaux.

Quant au cœur de la mère, il ne présente qu'une très légère modification; c'est une diminution positive du souffle systolique de la pointe; mais le souffle de la base et les frottements persistent avec la même force et dans la même étendue qu'auparavant. Comme douze jours seulement se sont écoulés depuis la terminaison de la fièvre, il n'est pas impossible que ce reliquat de l'endopéricardite disparaisse ultérieurement par résorption, mais en raison de l'état de grossesse de cette femme, nous ne devons guère l'espérer.

Telle est jusqu'à ce jour l'histoire de cette malade. Et

maintenant se présente cette question du plus grave intérêt; pourquoi cette femme a-t-elle eu une endocardite maligne? Uniquement, à cause de sa grossesse, qui est venue aggraver un état préalable de détérioration organique.

Et notre malade, lorsqu'elle est devenue enceinte, il y a quatre mois, était dans les conditions voulues d'usure et de surmenage organiques.

Il y a deux ans et demi cette fille quittait sa province avec une santé robuste et un teint vivement coloré. Depuis son arrivée à Paris jusqu'au jour de son entrée à la maternité, elle a été au service d'un marchand de vins; elle n'a pas eu à se plaindre de l'alimentation, mais son travail était véritablement excessif : jamais couchée avant 2 heures du matin, toujours levée pour 7 heures travaillant debout dix-neuf heures par jour, cette femme, dès le début de la seconde année, était à bout de forces, décolorée, amaigrie, et, en fait, il n'est pas d'organisme qui puisse résister dans son intégrité à de pareilles exigences.

En cette situation, elle a eu le malheur, dans le courant de l'année dernière, de contracter la syphilis ; elle a été soignée pendant quelque temps à l'hôpital Saint-Antoine ; mais à sa sortie elle a cessé tout traitement. Aucun accident n'est apparu depuis lors, et nous ne constatons aujourd'hui aucune trace de syphilis en activité ; mais cette maladie, j'ai à peine besoin de le dire, n'a pu qu'amoindrir encore la résistance de l'organisme.

Cette fille a néanmoins repris, tant bien que mal, son travail ordinaire, et cet été elle est devenue enceinte. Toutes ces causes réunies vous paraîtront sans doute comme à moi amplement suffisantes pour créer l'état d'usure organique,

et, de fait, il se traduit, en ce qui concerne la constitution du sang, par une diminution considérable des globules rouges, qui ne sont plus qu'au nombre de 3 millions. Ajoutons que l'influence perturbatrice de la grossesse se prononce surtout à partir du troisième mois, et vous voyez que notre malade réalisait pleinement les conditions étiologiques de l'endocradite infectieuse, maligne.

La durée de l'apyrexie consécutive à la dernière poussée dépassait de beaucoup celle des intervalles précédents, elle était de douze jours pleins ; me fondant sur ce fait, je vous ai dit que nous pourrions peut-être l'interpréter comme l'indice d'une guérison définitive, mais que cependant il était impossible de rien affirmer, et que d'autres paroxysmes semblables, plus graves encore peut-être, étaient à craindre, aussi longtemps que la malade n'avait pas atteint le terme de sa grossesse, et la fin de la periode puerpérale.

L'événement a prouvé la justesse de mes réserves : le soir même du 24 novembre, après douze jours d'apyrexie, un nouvel épisode aigu s'est manifesté, il a duré cinq jours comme les précédents ; le maximum thermique s'est montré le troisième soir, avec 39°2. Nous avons eu à la suite neuf jours d'apyrexie, puis les paroxysmes se sont reproduits ainsi qu'il suit : attaque fébrile de cinq jours, du 8 au 13 décembre ; apyrexie et bien-être du 13 au 20 décembre ; accès de quatre jours du 20 au 24 décembre ; le 24 au matin défervescence à 36 degrés ; reprise le soir même d'une attaque beaucoup plus longue que toutes les autres, à fièvre intermittente vespérale qui dure quinze jours, du 24 décembre au 7 janvier ; pendant cette phase, trois fois seulement il y a eu de la fièvre le matin, savoir le 27, le 30 et le 31 décembre.

Durant cette quinzaine l'état de la malade a été aussi grave qu'à son entrée, il nous a inspiré les plus sérieuses inquiétudes. A l'issue de cette attaque, le 7 et le 8 janvier, il y a eu une menace positive d'accouchement prématuré, mais sans réalisation.

Vient ensuite une nouvelle apyrexie de dix jours, du 7 au 17 janvier ; le 17 au soir reprise fébrile, intermittente, vespérale comme la précédente, et le 21 l'accouchement a lieu, un mois environ avant terme. Le soir de ce jour, la température est de 38°6 ; les deux jours suivants elle est à peine supérieure à la normale ; le 24 au soir elle s'élève à 39 degrés et depuis lors jusqu'à aujourd'hui 6 février, il n'y a plus eu la moindre manifestation fébrile.

En somme, à l'heure où je vous parle, seize jours après l'accouchement, l'état de cette femme est tout à fait satisfaisant; depuis plusieurs jours déjà, il n'y a plus d'albumine dans l'urine, les souffles cardiaques, bien que persistant, ont perdu leur caractère râpeux, et ils ont considérablement diminué d'intensité. Pour le coup c'est la guérison.

Réflexions. — Cette observation nous présente un autre cas d'endocardite infectieuse, qui, greffée sur l'organisme affaibli par surmenage, travail excessive, syphilis et gravidité, présente une marche tout à fait caractéristique :

La maladie a procédé par huit paroxysmes, par huit poussées aiguës ; pendant ces poussées la fièvre est continue ou intermittente, et ces étapes fébriles sont séparées les unes des autres par des intervalles apyrétiques de plusieurs jours.

Et ici aussi la malade triomphe de sa maladie, malgré le pronostic habituel très sombre de l'affection dont elle était atteinte.

OBSERVATION IV

(M^lle Gorvitz, *Endocardite infectieuse chez les enfants* Thèse de Paris, 1893-1894.)

Endocardite infectieuse avec aortite aiguë, ictère, congestion pulmonaire, albuminurie. — Durée de deux mois. — Guérison. — Persistance d'une lésion organique au cœur.

N. C..., onze ans. Entré le 28 décembre 1893.

Antécédents héréditaires. — Le père se porte bien ; la mère a eu plusieurs poussées de péritonite (?). Un frère est atteint de laryngite granuleuse ; un autre est en bonne santé.

Antécédents personnels. — L'enfant a eu le rhumatisme articulaire à l'âge de neuf ans, mais n'a jamais été malade depuis. Huit jours avant son entrée à l'hôpital, il est tombé d'un trapèze sur le genou droit et sur le ventre ; il n'a pas pu se relever, mais deux jours après il marchait déjà.

Depuis cette chute l'enfant se plaint du ventre, de la tête, a vomi la veille de son entrée, la seule fois d'ailleurs.

État actuel. — Il existe une douleur à la jambe droite, principalement au niveau du creux poplité. La paroi abdominale est extrêmement douloureuse à la pression, même superficielle. Le ventre est rétracté ; la langue saburrale ; l'anorexie absolue. L'enfant n'a pas eu de garde-robes depuis

deux jours. On ne trouve pas de sang dans les urines. Les extrémités ne sont pas froides. Le pouls est bon, mais accéléré, 120 pulsations. Température du matin 38°5, du soir 40°5.

L'enfant fut gardé deux jours dans le service de M. Lannelongue, où on craignait une péritonite, mais le 30 décembre on l'a fait transporter en médecine, dans le service de M. Sevestre.

L'examen nous montre que l'enfant est chétif, maigre, abattu, un peu dyspnéique.

L'appareil respiratoire est normal, mais il y a des troubles du côté de l'appareil circulatoire.

Un frémissement très intense dans les artères du cou, se reproduisant dans les artères des membres. Ce thrill est fort perceptible dans les artères fémorales, et très net encore à la radiale. Les battements du cœur sont très forts.

Les dimensions de la matité cardiaque sont augmentées. La pointe bat dans le sixième espace intercostal sur la ligne mamelonnaire. Frémissement cataire intense.

Auscultation. — A la pointe : premier bruit voilé, dédoublement du second bruit et souffle à la fin de la diastole. A la base (orifice aortique) un bruit de souffle très dur couvrant le premier bruit et une partie du petit silence ; un souffle très léger, doux, aspiratif au second temps, se propage le long du sternum, perceptible encore au niveau de l'orifice tricuspide. A l'orifice de l'artère pulmonaire nous ne notons rien d'anormal.

Le ventre reste toujours rétracté et douloureux, mais la douleur a plutôt le caractère d'une hyperesthésie. La langue est humide, couverte d'un enduit grisâtre. Le pouls est régu-

lier, bon, 110 pulsations. Température du matin 39°5, du soir 39°3.

Les urines sont très foncées, épaisses, contiennent un peu d'albumine. Quantité : 550 grammes pour vingt-quatre heures. Traitement : régime lacté. Acide salicylique, 1 gramme.

31 décembre. — État général stationnaire. La région précordiale est douloureuse à la pression. Traitement : vessie de glace sur l'abdomen. Antipyrine 1 gr. 50.

3 janvier. — L'enfant maigrit, a un peu d'oppression et une hyperesthésie générale. Submatité à la base du poumon droit. Température du matin 38°5, du soir 39°7. Antipyrine supprimée. Poudre de Dower 0 gr. 40.

4 janvier. — Le malade paraît mieux ; se plaint moins du ventre, mais l'hyperesthésie générale est encore assez accentuée.

Il boit bien, mais ne va à la garde-robe qu'avec des lavements. Le pouls est moins rapide. Les urines toujours très foncées, sédimenteuses, ne dépassent pas 500 grammes.

6 janvier. — Douleur sur le trajet de l'artère fémorale.

7 janvier. — Le malade a pris un teint subictérique ; la sclérotique est d'un jaune paille ; la muqueuse sublinguale a également un reflet jaunâtre.

En somme, c'est un véritable ictère, mais sans décoloration des matières. Urines 200 grammes pour vingt-quatre heures.

8 janvier. — Bruit d'insuffisance aortique beaucoup plus net, de même qu'un souffle d'insuffisance mitrale. Le frémissement dans les artères persiste.

Du 7 au 18 janvier. — L'état général s'améliore ; l'ictère disparaît peu à peu, de même que l'hyperesthésie. Une seule fois

la température a monté à 39°9 (le 14 janvier). A partir de ce jour-là la température baisse, et le 16 janvier elle est déjà à la normale. Le 17 le malade présente des sudamina abondants. Les urines deviennent de plus en plus abondantes et claires ; le 18 janvier on n'y trouve plus trace d'albumine, et on permet au malade de manger un œuf.

19 janvier. — Bouffissure de la face ; œdème des bourses. Il n'y a pas d'albumine dans les urines.

20 janvier. — Les pieds et les jambes deviennent œdémateux. Le malade se sent mieux.

22 janvier. — On retrouve toujours le frémissement dans les vaisseaux du cou. Au cœur on entend un double souffle à l'orifice aortique et un souffle systolique avec roulement présystolique à la pointe. Malgré le progrès de l'anasarque l'enfant mange deux œufs. Urines claires et abondantes (900 grammes).

24 janvier. — L'œdème commence à diminuer. Urines 1 litre.

27 janvier. — Les battements du cœur sont bien moins forts. A la pointe le souffle à la fin de la diastole. A l'orifice aortique le souffle au premier temps a diminué d'intensité ; on entend surtout le souffle au second temps. Ce souffle se propage tout le long du sternum suivant une ligne du bord droit du sternum en haut à son bord gauche en bas. La figure est un peu moins bouffie.

29 janvier. — L'œdème a disparu aux pieds. Urines très claires (1.500 grammes).

30 janvier. — A peine perçoit-on encore quelques râles à la base des poumons et dans la fosse sous-épineuse gauche.

De l'anasarque il ne reste plus qu'un léger œdème aux bourses. Urines 1.100 grammes.

3 février. — L'œdème a complètement disparu. L'état général est très bon. Le malade reçoit un peu de pain avec ses deux œufs.

9 février. — Adénite sous-maxillaire non douloureuse et unilatérale. L'enfant commence à engraisser et à se lever. On le met au régime ordinaire.

25 février. — Le malade part en convalescence. Examiné avant le départ il présente les signes suivants :

La matité précordiale est la même qu'à son entrée. La pointe bat dans le sixième espace intercostal à 2 ou 3 millimètres en dehors de la ligne mamelonnaire. Les battements sont encore un peu forts. Il n'y a plus de frémissement cataire à la pointe. A l'auscultation on trouve les signes de rétrécissement avec insuffisance aortique, et de même une double lésion mitrale. Le frémissement dans les vaisseaux du cou persiste, mais il est bien moins intense. Aucun bruit anormal aux poumons. L'adénite sous-maxillaire est à peine appréciable, d'ailleurs les ganglions ne sont point douloureux. L'état général est très bon.

Nota. — Durant ce dernier temps l'enfant urinait de 800 à 1.000 grammes en vingt-quatre heures.

OBSERVATION V (Résumée)

(Rothmünd, thèse de Zurich, 1889.)

M. I..., blanchisseuse, trente-six ans. Entrée le 7 mai 1884.

Antécédents héréditaires. — Mère morte de typhus. Père poitrinaire. Une sœur morte d'ictère.

Antécédents personnels. — Léger œdème aux jambes à dix-sept ans. Rhumatisme articulaire aigu à trente-deux ans. La malade a eu cinq enfants ; le dernier accouchement remonte à cinq semaines. Elle se leva le quatorzième jour après les couches et tomba malade quelques jours après.

Début par céphalalgie violente, fièvre, délire. A son entrée à l'hôpital, la malade présente les phénomènes suivants :

Le cœur est un peu gros ; le ventricule droit paraît dilaté ; les bruits du cœur sont nets, mais d'intensité moindre à la base.

Quelques râles crépitants à la base droite ; râles sibilants disséminés. Foie un peu gros. Rate volumineuse et dure. Ventre non ballonné. Il n'y a pas de douleurs dans la fosse iliaque droite.

Langue humide, couverte d'un enduit jaunâtre ; facies injecté, un peu cyanosé, lèvres sèches, dents fuligineuses.

Pouls petit, régulier, mou, 110 pulsations. Température 38 degrés. La malade urine sous elle. Constipation.

12 mai. — On constate une dilatation du ventricule droit et un dédoublement du premier bruit aux orifices mitral et tricuspide. L'état général reste stationnaire.

8 juin. — Après quelques jours d'amélioration la température a remonté. Albuminurie.

12 juin. — La malade est prise d'une bronchite intense.

23 juin. — Apparaissent des pétéchies nombreuses aux membres inférieurs, et la malade se plaint de faiblesse avec douleurs aux jambes. La température est au-dessous de 37 degrés. Pouls bon, 76 pulsations.

13 juillet. — Frottement péricardique. Augmentation de la matité précordiale. La malade est très pâle. Quelques pétéchies suppurent.

17 juillet. — Diminution de la matité précordiale. Disparition du frottement péricardique. Nouvelle éruption pétéchiale. Expectoration glaireuse. Sommeil agité.

18 juillet. — Début d'ascite. Thrombose dans le creux poplité.

30 juillet. — Un peu d'œdème aux jambes. Les urines sont toujours albumineuses.

31 juillet. — Souffle diastolique à la base, à l'orifice aortique ; à la pointe les bruits sont sourds. Apyrexie.

7 août. — Disparition du souffle à la base. Premier bruit prolongé à la pointe. Foyer de congestion à la base du poumon gauche, la malade se plaint de cette région. Expectoration abondante, glaireuse, spumeuse, teintée de sang. Sommeil très agité.

Les jours suivants la malade paraît aller mieux, mais le 11 août elle est reprise de douleurs dans les jambes.

13 août. — Réapparaît le souffle au deuxième temps à l'orifice aortique, et le lendemain on y constate aussi un souffle au premier temps.

16 août. — On trouve un souffle systolique aux orifices mitral et tricuspide.

La base du poumon gauche est toujours congestionnée. Température 36 degrés. Pouls très faible. État général satisfaisant.

20 août. — Herpès labial.

30 août. — Disparition des bruits anormaux à la base du cœur. Démangeaisons sur tout le corps. La malade va bien. Le 4 septembre elle quitte l'hôpital complètement rétablie. Au dernier examen clinique on trouve les signes suivants : la matité précordiale reste un peu augmentée.

A la pointe souffle systolique, un dédoublement du second bruit avec souffle à la fin de la diastole. Les mêmes phénomènes à l'orifice tricuspide. Rien d'anormal à la base du cœur. Pouls veineux. Respiration normale dans tout le poumon.

OBSERVATION VI (Résumée.)

(Rothmünd, thèse de Zurich, 1889.)

J. E..., dix-sept ans, cordonnier, entre à l'hôpital le 15 novembre 1887.

Antécédents héréditaires. — Père est vivant, mère morte de maladie du cœur.

Antécédents personnels. — Le malade a fait une pneumonie à l'âge de dix ans, laquelle a tout à fait guéri.

Il y a dix jours, il s'est aperçu qu'il avait les jambes et les bras enflés avec des fortes douleurs articulaires ; ces douleurs cèdent aux médicaments, mais il apparaît des élance-

ments dans la région précordiale, lesquel nécessitent son transport à l'hôpital.

16 novembre. — *État du malade.* — C'est un adolescent grand, maigre, avec une musculature assez développée et la peau blanche. Température normale, pouls régulier, 68 par minute, tension moyenne, la respiration est un peu accélérée ; le facies légèrement cyanosé, plus particulièrement les pommettes et le nez ; la langue humide et grise. La température est le matin 37°7. Épaule gauche est douloureuse aux mouvements actifs et passifs, sans tuméfaction ; en outre, il y a un peu d'empâtement et de douleur dans les articulations métacarpo-phalangiennes de la main gauche ; les autres articulations sont intactes.

A l'examen des poumons on trouve un peu de submatité en arrière, à droite et en bas et quelques râles. Le choc de la pointe du cœur apparaît dans le cinquième espace intercostal à 4 centimètres en dehors de la ligne mammaire ; sa surface est amplement augmentée, à 3 centimètres de lui on voit les contractions systoliques correspondantes qui sont aussi appréciables dans les troisième et quatrième espaces intercostaux.

Le cœur s'étend à droite et en dehors jusqu'à 4 centimètres du bord droit du sternum, en haut, jusqu'au bord supérieur de la troisième côte, à gauche jusqu'au choc de la pointe et en bas jusqu'à la sixième côte. A la pointe, on entend un souffle systolique avec un dédoublement de second bruit ; à la suite de celui-ci, un souffle diastolique léger. A l'orifice tricuspidien, premier bruit avec un souffle systolique et un second bruit. A l'orifice pulmonaire, le souffle systolique est suffisamment net avec un deuxième

bruit court et net ; au-dessus de l'orifice aortique, un souffle doux : il est renforcé par la pression du stéthoscope.

Il n'y a rien d'anormal à noter dans les organes abdominaux. L'urine est sans albumine. L'appétit est normal, les selles normales, le sommeil est un peu troublé par des douleurs.

17 novembre. — Les douleurs articulaires sont complètement disparues. Les souffles et les bruits du cœur sont devenus plus doux ; le choc de la pointe reste toujours très appréciable.

26 novembre. — Les douleurs dans la région précordiale n'existent plus aujourd'hui ; à l'auscultation des poumons on trouve partout le murmure vésiculaire augmenté d'intensité. Température est normale.

Le choc de la pointe se trouve à 2 centimètres en dehors de la ligne mammaire dans le cinquième espace intercostal. A l'orifice mitral, on entend un souffle doux avec un premier bruit et à la diastole, un léger souffle après le second bruit ; à l'orifice tricuspidien, premier bruit et un souffle très doux, le souffle diastolique et le second bruit sont ici nettement plus forts ; à l'orifice aortique on dénote un bruit sourd diastolique et un bruit systolique retentissant ; à l'orifice pulmonaire, on perçoit le souffle systolique plus doux qu'au-dessus de l'orifice mitral, le premier bruit frappant.

Dans les autres organes, rien, et on s'était arrêté au diagnostic suivant :

Endocardite aiguë, probablement à cause de son évolution rapide, endocardite ulcéreuse, à la suite d'une polyarthrite aiguë. Insuffisance aortique, dilatation et hypertrophie du ventricule gauche.

Insuffisance mitrale et dilatation du ventricule droit. Le pronostic était sérieux et hésitant, car les dangers sont à prévoir en raison des embolies.

30 novembre. — Le souffle systolique et plus particulièrement dans la région de l'orifice mitral est plus fort ; dans certaines articulations, les douleurs de nouveau apparaissent. Pas de fièvre jusqu'à présent, mais du 1er jusqu'au 31 janvier, elle subit des oscillations ne dépassant pas 39 degrés, depuis elle revient à son état normal et présente une seule élévation le 8 mars à 38°3.

24 décembre. — Depuis la fin de novembre, aucune complication apparente, le sujet a le facies mat et étiré, le choc de la pointe se trouve à la place précédente mais il est très fort ; les souffles sont les mêmes.

27 décembre. — On trouve en arrière et à droite, à l'angle de l'omoplate, une matité avec de forts râles crépitants et un frottement pleurétique. Le malade se plaint de douleurs dans cette région.

20 janvier 1888. — Le souffle diastolique, à l'orifice aortique, présente aujourd'hui un léger timbre musical ; la rate est un peu augmentée.

21 janvier. — La ponction exploratrice du côté droit, malgré la bonne position de la seringue, ne donne rien.

25 janvier. — On perçoit à droite et en arrière la matité et un bruit rude de frottements. Tous les bruits du cœur sont devenus plus doux ; le malade se porte mieux ; la matité droite en arrière persiste encore.

28 janvier. — A droite et en arrière la matité a presque disparu.

23 février. — Malgré que depuis longtemps on ne trouve

plus d'augmentation de température, le pouls reste environ à 100.

27 février. — Les douleurs dans l'épaule droite et dans l'articulation du genou apparaissent de nouveau.

29 février. — A l'orifice mitral et tricuspidien on entend continuellement un souffle systolique avec un deuxième bruit; à l'orifice pulmonaire un souffle systolique et un second bruit sonore ; à l'orifice aortique premier bruit et un souffle diastolique; le choc de la pointe est encore très élargi. La matité cardiaque va à droite jusqu'à la ligne parasternale.

1er mars. — A droite et en arrière on entend un frottement pleurétique.

8 mars. — Le sujet a encore de nouveau un peu de fièvre (38° 3).

21 mars. — La fièvre s'abaisse de nouveau, mais le pouls reste toujours augmenté ; le malade a beaucoup de sueurs.

23 mars. — Le sujet essaie de se lever pour une heure.

26 mars. — A la pointe du cœur on entend un frottement présystolique très doux.

28 mars. — Le sujet désire quitter l'hôpital, car il se porte bien.

L'exploration du cœur montre ce qui suit :

Le choc de la pointe est très large dans le cinquième espace intercostal.

Matité du cœur : en haut — troisième côte, à droite — ligne parasternale ; à gauche, choc de la pointe.

Au-dessus de la pointe du cœur on entend un premier bruit, souffle systolique et un long souffle diastolique, la même chose mais un peu moins au-dessus des orifices pulmonaire et aortique.

Pouls est très petit, régulier, toujours environ de 100 par minute.

Les douleurs sont complètement disparues. On confirme le précédent diagnostic « endocardite ulcéreuse », mais on considère le malade comme guéri ; et aux symptômes mentionnés plus haut s'était ajouté au cours de la maladie une pleurésie droite tardive guérie.

Réflexions. — Les trois dernières observations présentent ceci de caractéristique que, aux symptômes de la maladie infectieuse s'ajoutent des troubles cardiaques qui pendant la maladie ne gardent pas du tout leur caractère primitif et qui changent d'un jour à l'autre. Dans toutes les 3 observations, le début de l'endocardite infectieuse est atténué et insidieux, la fièvre oscille entre 38 et 39 degrés, mais elle n'a aucun caractère déterminé. L'état général des malades n'est pas très mauvais et en continuant de s'alimenter peu à peu les malades arrivent à triompher de leur affection.

OBSERVATION VII

(Dimoff, thèse de Montpellier, 1892-1893.)

Endocardite infectieuse apyrétique

G. L..., vingt-cinq ans, cultivateur, entre à l'hôpital Saburbain, salle Fouquet, n° 28, service de la clinique médicale.

Rien du côté des antécédents héréditaires. Comme antécédents personnels chancre non syphilitique et rougeole très

bénigne à vingt-deux ans. Ni rhumatisme, ni alcoolisme. Malgré cela, G. L..., sans être maladif, est de complexion faible, et a été, de ce fait, ajourné deux fois par le conseil de revision. La troisième fois, il a été reconnu propre au service militaire. Il prétend avoir eu, au régiment, une légère urétbrite, qui aurait duré quelques jours et aurait guéri sans traitement.

Le 9 juillet dernier, à la suite d'une nuit passée à boire, notre malade éprouve une fatigue générale extrême ; il est pris de vertiges, de céphalalgie vague, de faiblesse dans les jambes. Ce malaise a persisté, avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation, jusqu'au 1er août. Ce jour-là, il entre dans le service de M. le professeur Grasset, où l'on constate l'existence d'un léger embarras gastrique avec, pendant deux jours, un peu d'élévation de la température (37°5 à 37°8). Les vomissements et la diarrhée cèdent, en quelques jours, à un traitement approprié ; puis le malade est envoyé, pour un léger écoulement uréthral, dans le service des maladies syphilitiques et cutanées, d'où il revient, après deux jours de traitement, à la clinique médicale.

17 août. — M. le professeur agrégé Sarda, chargé du service, frappé par la pâleur terreuse du malade, son aspect typhique, procède à un examen minutieux.

Le malade, qui se plaint toujours d'anorexie et accuse de la diarrhée, est très affaissé. Il répond par monosyllabes et lentement aux questions qu'on lui pose. Il dit avoir des vertiges, de la céphalalgie, de l'insomnie, des vomissements après l'ingestion des aliments les plus légers. Le pouls est petit, dépressible, d'une fréquence normale, la tempéature ne dépasse pas 37 degrés. Cette absence de phénomènes fébriles,

constatée les jours précédents, éclaire peu le diagnostic. On cherche du côté des voies digestives la raison de cet état d'adynamie. La langue est couverte d'un léger enduit saburral, sans caractères particuliers, l'estomac n'est pas douloureux à la pression ; d'ailleurs, les vomissements ne sont jamais précédés de douleurs gastriques. Mais la paroi thoracique antérieure est œdématiée dans presque toute son étendue. Cet œdème présente une consistance particulière et ne garde pas la trace de la pression exercée par le doigt ; on dirait de la gélatine sous la peau. On n'en constate pas sur d'autres parties du corps. La pointe du cœur bat dans le quatrième espace, en dedans du mamelon, à 6 centimètres du bord gauche du sternum. Pas d'augmentation de matité ; pas de liquide dans le péricarde. Le choc de la pointe est normal, mais à l'auscultation on perçoit un souffle commençant avec la systole, couvrant le premier bruit et en partie le petit silence, souffle rude présentant parfois de l'éclat métallique, d'autres fois, presque sifflant, localisé en plein ventricule, à trois travers de doigts en dedans du mamelon, ne se propageant ni dans l'aisselle, ni dans le dos.

Au foyer de l'artère pulmonaire existe un dédoublement du deuxième bruit.

L'appareil broncho-pulmonaire est sain.

Les urines sont rares, très colorées.

Le malade plie sur ses jambes dans la station debout ; il a des éblouissements dans la station assise. Le réflexe rotulien est presque aboli. Pas d'anomalie dans la sensibilité générale ou spéciale. Avec réserves, M. Sarda pose le diagnostic d'endocardite infectieuse.

Suppression de tout traitement. Bouillon et vin.

18 août. — Même état général et local. Céphalée, vertiges, vomissements ; température normale. Traitement. Diète lactée, champagne frappé, naphtol 2 grammes.

19 août. — Dédoublement du deuxième bruit de l'artère pulmonaire moins net ; le souffle persiste avec les mêmes caractères et la même localisation. Même état général. Apyrexie, urines rares, 350 centimètres cubes, contenant 15 centigrammes d'albumine par litre.

Traitement *ut supra*, plus une potion avec 1 gr. 20 de caféine ; badigeonnages à la teinture d'iode sur la région précordiale ; lavement avec 2 grammes de naphtol.

22 août. — Œdème thoracique légèrement diminué ; plus de dédoublement. Le timbre du souffle systolique est moins musical. Persistance de la céphalalgie et des vomissements. Urines toujours rares.

27 août. — Même état. Urines un peu plus abondantes, traces d'albumine. Suppression de la caféine ; eau chloroformée, ballons d'oxygène.

29 août. — Même situation. Les vomissements toujours fréquents ; céphalalgie continue. Vésicatoire ammoniacal à la nuque.

30 août.—Les vomissements ont cessé, céphalalgie moindre. Le souffle se propage légèrement dans la direction de l'épaule gauche.

31 août. — Réapparition des vomissements. Urines 320 centimètres cubes.

1er septembre. — Même état général et local. On continue champagne frappé, lait ; eau chloroformée, naphtol, café ; jus de viande.

3 septembre. — Plus de céphalée, plus de vomissements. Urines, 1700 centimètres cubes, pas d'albumine.

4 septembre. — Le mieux persiste. Le souffle est moins intense, encore un peu rude, occupe une très petite surface. Le malade est toujours très pâle, mais se sent mieux. L'œdème de la paroi thoracique n'a pas disparu, mais il est moindre.

8 septembre. — L'amélioration générale persiste. Les urines sont abondantes : 2,300 centimètres cubes. Teinture d'iode sur région précordiale.

8 au 12 septembre. — La température, qui n'avait pas jusqu'alors dépassé 37 degrés, s'élève le soir de 37°9 à 38 degrés, sans redescendre au-dessous de 37 degrés jusqu'au 19. Ce jour-là, le malade se lève, se fatigue un peu, mange plus que les jours précédents. Le soir, la température s'élève à 39°9 sans que rien dans l'état général explique cette élévation. Ce n'était là, d'ailleurs, qu'un incident sans gravité. En effet, le lendemain matin, la température est de 36°4, l'état général est satisfaisant. Urines 2,900 centimètres cubes, pas d'albumine.

21 septembre. — L'amélioration persiste. Le souffle est très limité, encore rude, mais sans éclat métallique. Le dédoublement reparaît de temps en temps; il est mieux perçu lorsque le malade incline son thorax en avant.

26 septembre. — Léger mouvement fébrile, 38°9, sans cause appréciable.

1er octobre. — L'état général est très satisfaisant. Les forces sont complètement revenues, l'appétit est bon. Le souffle persiste encore rude.

4 octobre. — Malgré les instances de M. le chef de service,

le malade demande son exeat. Depuis, nous ignorons ce qu'il est devenu.

Réflexions. — Voilà une autre observation d'endocardite infectieuse terminée par la guérison.

Ici cette endocardite infectieuse n'est nullement explicable par une maladie antérieure : le malade n'a jamais eu de rhumatisme, il n'a jamais souffert du cœur.

Mais cette endocardite infectieuse revêt une forme anormale : elle se caractérise par état adynamique, aspect typhoïde du malade, mais ne présente pas d'élévation thermique notable.

ANALYSE DES OBSERVATIONS

A la suite de la lecture des observations, que nous venons de voir, nous ferons remarquer qu'endocardite maligne ne veut pas dire fatalement endocardite mortelle. La guérison s'observe, mais elle n'est pas définitive, certes les malades gardent toujours une lésion organique du cœur, mais ceci est compatible avec la vie.

L'heureuse terminaison s'observe le plus souvent dans les formes lentes de la maladie et où la maladie est atténuée.

Mais jusqu'à présent on a pensé que la mort est fatale dans la forme typhoïde de l'endocardite ulcéreuse. Pineau (1) dans sa thèse de doctorat de 1893 dit : « Heureuse terminaison ne s'observe guère dans les formes typhoïde et pyémique. »

M. Godonnèche (2) dans sa thèse de doctorat de 1897 dit : « Fatalement grave dans l'endocardite infectieuse aiguë, la maladie infectieuse à marche

1. Pineau, *Endocardites, Variétés cliniques*. Thèse de Paris, 1893-1894.

2. Godonnèche, *Endocardites infectieuses*. Thèse de Paris, 1896-1897.

lente, si elle ne tue pas par l'atteinte profonde portée à l'organisme, peut aboutir à la guérison.

Notre observation personnelle prouve le contraire et montre bien que l'endocardite infectieuse à forme typhoïde peut aussi guérir.

Mais il nous semble que cette heureuse terminaison ne peut seulement avoir lieu que quand l'organisme est assez résistant pour lutter contre l'infection et quand il n'y a pas d'accidents emboliques, véritables complications des endocardites.

CONCLUSIONS

1° L'endocardite infectieuse, malgré sa grave réputation, peut guérir ;

2° La guérison n'est pas absolue ; les malades gardent toujours une lésion organique du cœur ;

3° La guérison s'observe seulement quand pendant toute la durée de la maladie il n'y a pas d'accidents emboliques ;

4° Jusqu'à présent la guérison fut observée dans les formes suivantes :

α) Forme apyrétique.

β) Forme où la maladie est atténuée, à début lent et insidieux et où la fièvre oscille entre 38 et 39 degrés sans aucun caractère déterminé ; c'est cette forme qui compte le plus de guérisons observées.

γ) Forme où la fièvre est intermittente, non hyperthermique.

δ) Forme caractérisée par une série d'attaques graves permettant dans leur intervalle un état de santé satisfaisant ; pendant ces attaques la fièvre est continue ou intermittente ;

5° La forme typhoïde d'endocardite infectieuse avec la fièvre hyperthermique a été considérée jusqu'à

présent comme fatalement mortelle ; nous apportons un cas où l'affection s'est terminée par la guérison.

Le pronostic devra donc à l'avenir être un peu moins sombre.

Vu : le Président de thèse,

GILBERT

Vu : le Doyen,

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Poitiers,

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Bouillaud. — Traité de maladie du cœur, t. II, 2e éd., 1841.

Jaccoud. — Pathologie interne, t. II, 1864.

— Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital de la Pitié, 1883-1884, 1885-1886.

Rothmund. — Thèse d'agrégation de Zurich, 1889.

Dimoff. — Endocardite infectieuse apyrétique. Thèse de Montpellier, 1892-1893.

Pineau. — Endocardites. Variétés cliniques. Thèse de Paris, 1893-1894.

Gorwitz. — Endocardites infectieuses chez les enfants : formes cliniques anormales. Thèse de Paris, 1893-1894.

Gadonnèche. — Endocardites infectieuses. Thèse de Paris, 1896-1897.

Bergé. — Traité de médecine, 1909.

Dieulafoy. — Manuel de pathologie interne, 15e, éd. 1908.

Schein-Faguel. — Endocardite végétante infectieuse d'origine inconnue. Thèse de Paris, 1911-1912.